

OBJETIVO 6 DO DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E O DIREITO À SAÚDE: CONTRADITÓRIOS OU COMPLEMENTARES?

Sarah Zaidi

1 Introdução

Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), endossados por 189 governos, são uma reafirmação cuidadosa dos desafios do desenvolvimento relacionados com a pobreza, definidos para serem alcançados até 2015. Anunciados com grande entusiasmo pelo secretário-geral da ONU Kofi Annan, os ODMs abrangem questões econômicas e sociais fundamentais: erradicação da pobreza extrema (50% das pessoas que vivem com menos de US\$1 por dia se enquadram nessa classificação), universalização da educação, promoção da igualdade de gênero, redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna, combate ao HIV/Aids, à malária e outras doenças, promoção da sustentabilidade ambiental e elaboração de uma parceria global para o desenvolvimento. Eles se concentram no modo de enfrentar e melhorar a vida de 1,2 bilhão de pessoas que vivem com menos de US\$1 por dia. As oito metas estão associadas a 21 alvos e mais de 60 indicadores, que representam médias sociais de resultados dominantes que refletem os processos de medições do desenvolvimento setorial clássico (NELSON, 2007, p. 2041).

Os ODMs, que representam a agenda do desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), ignoraram completamente uma abordagem baseada em direitos para tratar dos problemas da pobreza no mundo em desenvolvimento, tal como discutido no Relatório sobre Desenvolvimento Humano de 2000 do PNUD (NAÇÕES UNIDAS, 2000a), e, em lugar disso, adotaram as medidas de monitoramento da pobreza de renda do Banco Mundial (SAITH, 2006). O documento final dos ODMs não somente fugiu do Programa de Reformas de 1997, que tinha os direitos humanos no centro de suas atividades (essas reformas foram projetadas pelo gabinete de Kofi Annan, e os direitos humanos se refletiram na Declaração do Milênio) (NAÇÕES UNIDAS,

Ver as notas deste texto a partir da página 149.

1997, 2000b), como ignorou a luta prolongada por direitos econômicos, sociais e culturais e o direito ao desenvolvimento empreendida pela sociedade civil e os países do Sul (NORMAND; ZAIDI, 2008, p. 239). A formulação das metas, resultados, estratégias e políticas dos ODMs carecia do reconhecimento de direitos substantivos consagrados na Carta Internacional de Direitos Humanos (a Declaração Universal e os dois Pactos Internacionais sobre Direitos Civis e Políticos e Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), bem como direitos adjetivos, tais como os direitos à informação, não-discriminação e participação. Em vez de se basear em mecanismos de responsabilização, em padrões e princípios de direitos humanos internacionalmente reconhecidos aos quais os governos são obrigados a aderir, os ODMs se centraram em metas operacionais, indicadores e parâmetros de referência com o objetivo de mostrar a doadores internacionais, como o G8¹, a eficácia da ajuda externa na redução da pobreza (HULME, 2009). Não obstante, a política orientada para resultados dos ODMs produziu resultados limitados. Cerca de quatro milhões de crianças a mais sobrevivem a cada ano, quatro milhões de pessoas soropositivas recebem tratamento agora, em comparação com 400 mil em 2000, muito mais crianças estão nas escolas e muitos países cruzaram o limiar dos 90% desde 2000 (NAÇÕES UNIDAS, 2010a). No entanto, o Relatório sobre os ODMs (NAÇÕES UNIDAS, 2009a) observou que muitos países de baixa renda, especialmente na África, ainda permanecem fora da trilha, e era improvável que cumprissem as metas para 2015. Além disso, as repercussões sombrias da crise econômica estavam detendo o progresso, ou revertendo os ganhos que haviam sido feitos.

Será que o progresso nos ODMs teria sido maior dentro do marco normativo dos direitos humanos? Teria sido possível responsabilizar os Estados pelas falhas no cumprimento das metas estabelecidas? Os direitos humanos são uma afirmação normativa de que a dignidade humana confere a cada pessoa o direito a determinados tipos de tratamento e proteções contra a conduta de outros, em particular do Estado. Os direitos são universais (os mesmos para todos, em toda parte), são inalienáveis (não podem ser retirados ou cedidos) e indivisíveis (não há hierarquia entre os diferentes conjuntos de direitos – civis, políticos e sócioeconômicos).² O direito internacional dos direitos humanos estabeleceu a obrigação legal de respeitar, proteger e fazer cumprir os direitos de todas pessoas sob sua jurisdição.

Em teoria, os direitos humanos parecem ser um alicerce lógico sobre o qual se pode construir um mundo mais cooperativo e justo, ligando as noções de liberdade e justiça social. Philip Alston comenta que enquanto os ODMs e a agenda dos direitos humanos têm muito em comum, “nem os direitos humanos nem a comunidade de desenvolvimento tem abraçado essa vinculação com entusiasmo ou convicção”; ao contrário, “parecem duas pessoas que mal se conhecem, embora ambos se dirijam para destinos muito semelhantes” (ALSTON, 2005, p. 755). Alston, no entanto, é otimista em relação ao casamento entre os ODMs e os direitos humanos e sugere que a comunidade dos direitos humanos precisa se engajar mais na realização dos ODMs, uma vez que se trata da iniciativa mais importante e urgente na agenda do desenvolvimento internacional, e assinala que há muitos pontos possíveis de reforço mútuo. Os ODMs e os direitos humanos talvez sejam complementares, de tal modo que os primeiros estabelecem indicadores operacionais e pontos de referência,

enquanto os últimos representam um marco com um conjunto de princípios e normas. No aniversário de dez anos dos ODMs, o relatório do Secretário-Geral sobre os ODMs menciona a expressão “direitos humanos” sete vezes no texto: como um fundamento para os ODMs (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 2), fazendo referências à Declaração do Milênio (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 3, 15, 28), e como princípio orientador da ação (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 28). O relatório também relaciona os ODMs ao direito ao desenvolvimento e aos direitos econômicos, sociais e culturais (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 32). Contudo, na agenda da ação, a linguagem dos direitos humanos está em geral ausente. Este artigo analisa porque continua existindo essa desconexão entre os ODMs e os direitos humanos, examinando o ODM 6 no que diz respeito ao combate ao HIV/Aids, à tuberculose, à malária e a outras doenças infecciosas e como ele poderia ter um aspecto diferente no contexto dos direitos humanos.

Ao longo do último quarto de século, a relação entre saúde e direitos humanos ficou mais clara devido às preocupações com a epidemia de HIV/Aids e a saúde reprodutiva e sexual, principalmente através do levantamento de questões de discriminação que impedem que uma pessoa tenha acesso aos serviços de saúde, da contestação do sistema legal e a correspondente reforma legislativa, da garantia de participação e da construção de parcerias com diferentes setores da sociedade civil. Gruskin, Mills e Tarantola (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007) comentam que a resposta ao HIV/Aids exemplificou melhor essas conexões entre saúde e direitos humanos mediante o apoio ativo, a aplicação de normas jurídicas e a programação que inclui a prestação de serviços (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007, p. 451). Este artigo analisa o papel dos direitos humanos em face do ODM 6, avaliando explicitamente quais são as medidas que os Estados são obrigados a tomar a partir da perspectiva do direito à saúde. A segunda seção apresenta resumidamente os marcos de saúde e de direitos humanos, e a seção três analisa o ODM 6 e sua relação com o direito à saúde. Por exemplo, os objetivos de deter e reverter o HIV/Aids, a malária e outras doenças infecciosas estão ancorados em princípios e padrões de direitos humanos? Será que o marco dos ODMs orientado para metas, seja através de seus alvos ou indicadores, considera as questões de discriminação, de participação, de remédio efetivo e o direito à informação? Quais são os mecanismos de responsabilização se o ODM 6 não for cumprido? Na conclusão, investigamos se o quadro normativo dos direitos humanos internacionais pode constituir a base para um novo constructo para combater a pobreza e a desigualdade, a partir de 2015.

2 O direito à saúde

O marco normativo dos direitos humanos fundamenta-se numa Carta Internacional dos Direitos do Homem, que inclui a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos e seus Protocolos Facultativos (1966), o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), e vários tratados essenciais, inclusive, mas sem se limitar a elas, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação Contra as Mulheres, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, e vários protocolos facultativos.³ Os protocolos opcionais visam o reforço da implementação e do monitoramento da Convenção, criando, em primeiro lugar, um mecanismo de comunicação individual, através de petições, e, em segundo lugar, habilitando os órgãos do tratado para efetuar investigações sobre violações sistemáticas da Convenção. Esses tratados internacionais destinam-se a proteger os indivíduos contra violações por parte do Estado, e também obrigar os Estados a respeitar, promover e garantir os direitos tais como descritos (NAÇÕES UNIDAS, 2005).

As raízes do direito à saúde estão no movimento de saúde pública do século XIX (TOEBES, 1999, p. 12-13). As primeiras conferências de saúde realizadas sob os auspícios da Liga das Nações identificaram a necessidade de serviços básicos para a população como um todo. A Organização Internacional do Trabalho, criada em 1919, tratava predominantemente de problemas de saúde relacionados ao trabalho. No entanto, foi através da criação das Nações Unidas e seu sistema de direitos humanos que o direito à saúde⁴ foi consagrado em tratados juridicamente vinculantes. A constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), cujas disposições foram posteriormente adaptadas à Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), menciona a saúde como parte do direito a um padrão de vida adequado (artigo 25),⁵ o qual, contudo, não é particularmente bem definido. No entanto, a DUDH é bem conhecida e representa o direito internacional consuetudinário e, portanto, é considerada vinculativa para os Estados por alguns especialistas (STEINER; ALSTON, GOODMAN, 2007, p. 133).

O Artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e o artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) formulam o direito à saúde de maneira semelhante à da constituição da OMS: *direito de todos de desfrutar o melhor estado de saúde física e mental possível de atingir*.⁶ O diretor-geral da OMS envolveu-se profundamente na elaboração do artigo do PIDESC e observou que os governos deveriam criar sistemas de profissionais e serviços de saúde (TOEBES, 1999, p. 43).

O direito à saúde como parte de um quadro de direitos econômicos, sociais e culturais tem de ser visto em conjunção com os artigos 2 e 3 do PIDESC. O Artigo 2 (1) do PIDESC é sobre a realização progressiva e diz (NAÇÕES UNIDAS, 1966):

“Cada Estado Membro no presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas”.

A cláusula acima permite que os governos aleguem não possuir recursos suficientes como uma desculpa para não cumprir suas obrigações convencionais. Além disso, alegando realização progressiva, os governos podem adiar *ad infinitum* suas obrigações (TOEBES, 1999, p. 294). O Comentário Geral 3 da Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) tentou cobrir essa lacuna sugerindo que devem ser tomadas medidas dentro de um período razoável de

tempo e que, independentemente do seu nível de desenvolvimento econômico, os Estados devem garantir um cumprimento mínimo destes direitos, o assim chamado conteúdo central do direito (NAÇÕES UNIDAS, 1990). Além disso, o artigo 2 (1) já menciona em certa medida o papel da assistência internacional e reconhece que o cumprimento desses direitos também envolve a cooperação internacional para o desenvolvimento (CRAVEN, 1995, p. 144).

Os Artigos 2(2) e 3 são cláusulas de não-discriminação, sendo que o último se refere à discriminação sexual. Considera-se que ambos devem ter efeito imediato, e a discriminação de qualquer tipo é proibida nos termos do Pacto. A Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CEDR) inclui uma referência direta ao direito à saúde ao dar a cada pessoa o direito (sem qualquer tipo de discriminação) à saúde e à assistência médica pública. A Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDCM) também obriga os Estados a acabar com práticas discriminatórias na saúde e prover serviços e aconselhamento de saúde adequados. O direito à saúde também está incluído nas constituições de muitos países (KINNEY; CLARK, 2004). A constituição da OMS, a Declaração de Alma-Ata e outros documentos importantes reconhecem o direito à saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2008a).

A Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais aprofundou e esclareceu a natureza do direito à saúde e como ele pode ser alcançado, por meio do seu Comentário Geral número 14. Embora não seja juridicamente vinculante, entre os conceitos mais salientes do comentário geral está a exigência de que as instalações e serviços de saúde sejam disponíveis, acessíveis, culturalmente aceitáveis e de qualidade científica e médica apropriada. Além disso, o Comentário Geral observa que o direito à saúde não exige apenas que certos padrões mínimos de atendimento sejam alcançados ou superados, mas que pré-condições básicas como alimentação, moradia e saneamento básico, abastecimento adequado de água limpa e potável, educação e medicamentos essenciais conforme definidos nos termos da OMS, também sejam cumpridas (NAÇÕES UNIDAS, 2000c).

Em termos de *disponibilidade*, os governos devem assegurar um sistema e programas de saúde eficientes para todos os setores da população, inclusive os fatores subjacentes determinantes da saúde (alimentação, água potável, saneamento, hospitais, clínicas, profissionais de saúde formados e medicamentos essenciais). Porém, a natureza exata das instalações, dos produtos e dos serviços prestados pode variar, dependendo do nível de desenvolvimento do Estado. A *acessibilidade* requer que os serviços básicos de saúde, os produtos e as instalações sejam física e economicamente acessíveis, disponíveis sem qualquer discriminação, incluindo também o direito à informação sobre questões de saúde, desde que os dados pessoais sobre a saúde sejam tratados com confidencialidade. No Comentário Geral 14, a *aceitabilidade* é definida como assistência à saúde que atenda padrões éticos e seja também culturalmente apropriada, isto é, que respeite as minorias, as comunidades marginalizadas e seja sensível às exigências de gênero e do ciclo de vida. A qualidade da assistência à saúde implica pessoal médico qualificado, medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e não vencidos, água limpa e potável e saneamento adequado, como parte dos serviços de saúde.

Além destes elementos substantivos, existem várias proteções adjetivas. Por exemplo, a discriminação de qualquer espécie – individual ou em todo o sistema – é uma violação dos direitos humanos e requer que o Estado corrija o abuso através de sanções civis ou penais ou através da introdução de mudanças nas políticas ou na legislação. Os Estados devem assegurar também a participação dos pacientes e das comunidades afetadas quando se trata de decisões sobre a saúde deles. Informações sobre saúde e questões de saúde devem ser apresentadas de forma pública e acessível a todos. O Estado não deve retroceder em termos de sua obrigação depois que o direito é reconhecido e, se isso acontecer, então o ônus de demonstrar que o retrocesso era inevitável recai sobre o Estado.

Ao longo das últimas duas décadas, deu-se cada vez mais atenção intelectual ao direito à saúde. Desde 1994, a Faculdade de Saúde Pública de Harvard publica uma revista exclusivamente dedicada à saúde e aos direitos humanos cujo foco é “desafiar – através da análise conceitual e da ação prática – as ortodoxias entrelaçadas que despojam as pessoas pobres dos requisitos mínimos para uma vida saudável, ao mesmo tempo em que fortalecem as minorias privilegiadas em seus estilos de vida” (FARMER, 2008, p. 8). A Comissão de Direitos Humanos (agora substituída pelo Conselho de Direitos Humanos, CDH) criou em 2002 o mandato de um Relator Especial sobre o direito de toda pessoa de desfrutar o grau mais elevado possível de saúde física e mental. Paul Hunt, a primeira pessoa a desempenhar esse papel entre 2002 e 2008, produziu vários documentos fundamentais para uma compreensão melhor do direito à saúde.⁷ Em 2004, ele publicou um relatório em que destacava a contribuição que o direito à saúde pode dar para a realização dos ODMs relacionados com a saúde e observava:

“O direito à saúde envolve um marco normativo explícito que reforça os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde. Este marco é fornecido pelos direitos humanos internacionais. Sustentados por valores morais universalmente reconhecidos e apoiados por obrigações legais, os direitos humanos internacionais fornecem um marco normativo convincente para as políticas nacionais e internacionais destinadas a alcançar os Objetivos”

(NAÇÕES UNIDAS, 2004).

3 O ODM 6 e o direito à saúde

3.1 Visão geral do ODM 6

O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 6 é uma das três metas da saúde, e seu foco na luta contra o HIV/Aids foi expandido para incluir “a malária e outras doenças infecciosas importantes”, uma inclusão que parece ter sido resultada da bem sucedida defesa dos lobistas da saúde, que argumentaram que o foco exclusivo sobre o HIV/Aids criava o risco de distorcer os orçamentos de saúde, os fluxos de ajuda e os planos de saúde de uma forma que poderia ter um impacto negativo sobre a situação da saúde em geral (HULME, 2009, p. 30-31). Os outros dois objetivos relacionados com a saúde são o ODM 4, sobre redução da mortalidade infantil, e o ODM 5,

sobre melhoria da saúde materna. Além disso, deve-se salientar que o Objetivo 7, sobre redução pela metade da proporção da população sem acesso sustentável à água potável, o Objetivo 1, sobre erradicação da pobreza extrema e da fome, e os Objetivos 2 e 3, sobre a educação e o empoderamento das mulheres, são determinantes sociais da saúde. Está bem documentado que meninas e mulheres escolarizadas oferecem melhores cuidados e alimentação para si e seus filhos. Na base do paradigma dos ODMs está a parceria mundial para o desenvolvimento, o que facilita o acesso aos recursos financeiros, aos mercados e à reestruturação da dívida, bem como o acesso a medicamentos essenciais. Oito das dezesseis metas dos ODMs e dezessete dos sessenta indicadores também estão relacionados com a saúde. Estão surgindo indícios recentes de como os ODMs 4, 5 e 6 dependem uns dos outros. Por exemplo, um aumento no acesso ao tratamento da Aids está associado a uma redução da mortalidade materna (HOGAN et al., 2010) e da mortalidade infantil (RAJARATNAM et al., 2010).

O progresso global do ODM 6 na luta contra o HIV/Aids, a malária e a outras doenças revela que se conseguiu muito, mas que ainda não é o suficiente para reverter a trajetória da epidemia de HIV: para cada duas pessoas que começaram o tratamento, há cinco novas infecções por HIV (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 7). A presença da tuberculose continua grande, mas a maior preocupação é a epidemia emergente de tuberculose resistente a múltiplos medicamentos e de tuberculose extensivamente resistente aos medicamentos; por seu turno, embora tenha havido um grande progresso na distribuição de mosquiteiros para reduzir a incidência da malária (200 milhões dos 340 milhões necessários foram entregues a países da África entre 2004 e 2009), ainda há uma carência de 140 milhões de mosquiteiros necessários para alcançar uma cobertura universal (definida aqui como um mosquiteiro para cada duas pessoas) (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 8). Uma resposta efetiva ao ODM 6 vai muito além do setor da saúde, na medida em que a maioria dessas doenças é facilitada e exacerbada pelas condições de pobreza, vulnerabilidade, discriminação e marginalização ou exclusão social. Portanto, milhões de pessoas enfrentavam desvantagens relacionadas com a saúde antes da contaminação pelo vírus HIV, devido à sua situação econômica e/ou social (MANN; TARANTOLA, 1998, p. 7).

A epidemia de HIV/Aids atinge com frequência aqueles indivíduos que estão no auge de seu período produtivo econômico e de reprodução sexual e, portanto, é considerada uma ameaça iminente para o desenvolvimento social e econômico, um desafio formidável para a vida e a dignidade humanas e ao gozo efetivo dos direitos humanos. A Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre HIV e Aids, assinada por 189 países, estabeleceu metas com prazo definido sobre prevenção, tratamento, cuidados e apoio em relação ao HIV/Aids, bem como sobre direitos humanos pelas quais os governos e as Nações Unidas poderiam ser responsabilizados (NAÇÕES UNIDAS, 2001). Essas metas foram consideradas um apoio aos ODMs, na medida em que os governos estavam preocupados que a disseminação contínua do HIV/Aids viesse a constituir um sério obstáculo à sua realização.

A Declaração de Compromisso afirmava que até 2003 os governos aprovariam e fariam cumprir leis, regulamentos e outras medidas que proíbem a discriminação em razão do HIV/Aids e garantem às pessoas vivendo com HIV/Aids e a membros de grupos vulneráveis o pleno desfrute dos direitos humanos, entre eles o acesso à

educação, à herança, e à assistência à saúde. Não obstante, a definição do Objetivo 6, seus alvos e seus indicadores estão expressos em termos neutros e não se referem a princípios de direitos humanos ou ao marco normativo do direito à saúde. Não há indicadores sobre discriminação, participação e igualdade, direito à informação, consentimento informado em testes e tratamento, ou legislação que proteja contra violações. Mesmo quando o alvo e os indicadores⁸ para alcançar o Objetivo 6 tenham sido revistos em 2008 pelo Grupo Inter-Agência e de Especialistas sobre os indicadores dos ODMs, a única inclusão foi a necessidade de alcançar o acesso universal ao tratamento de HIV/Aids para todos aqueles que dele necessitam até 2010. Nenhuma obrigação concreta foi apresentada, nem mesmo sobre o modo como os governos devem enfrentar a discriminação, a exclusão social, a violência contra as mulheres e os direitos econômicos e sociais em indicadores de medição e/ou monitoramento.

As metas e os indicadores atuais estão formulados em termos de médias sociais, parte de um paradigma de desenvolvimento tradicional que não tem nenhuma relação com os direitos humanos (SARELIN, 2007, p. 465). Até mesmo na declaração desse objetivo geral não há nenhuma menção aos sistemas de saúde ou uma exigência baseada em direitos de acesso universal a serviços de saúde e medicamentos decentes (SAITH, 2006, p. 1189). Os grupos mais vulneráveis, economicamente marginalizados, pessoas com deficiências mentais ou físicas, ou grupos vulneráveis importantes, como homens-que-fazem-sexo-com-homens (HSH), transgêneros, usuários de drogas injetáveis (UDIs) ou profissionais do sexo sequer são mencionados como grupos que necessitam de atenção especial. Tomemos, por exemplo, a meta e os indicadores de malária. A malária é uma doença para a qual há provas de que, na presença da pobreza, sua prevalência aumenta e diminui o acesso ao tratamento. Além disso, sabe-se que a malária pode aumentar a pobreza (BRENTLINGER, 2006, p. 17). No entanto, nos ODMs não há nenhum indicador específico para facilitar o tratamento para os que correm o maior risco. O tratamento mais eficaz, com uma combinação à base de artemisinina é muito caro para utilização por parte dos países pobres. Conforme o ODM 6, seria possível enfrentar as questões referentes à disponibilidade ou acessibilidade a medicamentos essenciais, mas, como Nelson observa (NELSON, 2007, p. 2049), o processo de estabelecimento de regras do comércio na Organização Mundial do Comércio está em desacordo com prescrições baseadas nos direitos humanos para melhorar os cuidados com a saúde e o acesso a medicamentos. A próxima seção discute como uma perspectiva baseada nos direitos humanos pode contribuir explicitamente para as medidas que os Estados são obrigados a tomar para fazer face ao Objetivo 6.

3.2 Como uma perspectiva baseada no direito à saúde pode contribuir para o ODM 6?

Como mencionado acima, o marco normativo dos direitos humanos tem como premissa os direitos de um indivíduo (sujeito dos direitos) em face do Estado (titular dos deveres). Há uma série de medidas que um Estado pode tomar para fazer com que a estrutura dos ODMs se baseie nos direitos humanos. Em primeiro lugar, o Estado pode reconhecer que os ODMs são metas baseadas em direitos, com alvos sujeitos a obrigações de

Estado. Na atual reafirmação dos ODMs pela Assembleia Geral da ONU (setembro de 2010), este deve ser um objetivo essencial. Como a inclusão da linguagem dos direitos humanos, ou especificamente, do marco normativo do direito à saúde, o ODM 6 mudaria? Nesse contexto, discuto a seguir apenas três conceitos dos direitos humanos: a não-discriminação e a igualdade, a participação e a responsabilização. Existem outros conceitos fundamentais, como acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e acessibilidade econômica dos serviços⁹ que não serão examinados.

Não-discriminação e igualdade. Uma abordagem do ODM 6 baseada em direitos começaria enfrentando questões de discriminação e estigma.¹⁰ Há indícios de que as pessoas com HIV enfrentam uma discriminação que prejudica a realização de exames e a adesão a tratamentos (HORN, 2010; NAÇÕES UNIDAS; BANCO MUNDIAL, 2009). Como acontece com frequência, esses grupos já marginalizados tendem a sofrer discriminação e estigma mais severos. O Índice das Pessoas que Vivem com Estigma relata que pessoas que vivem com HIV em diversos contextos afirmam que são excluídas de eventos sociais e familiares, negam-lhes assistência à saúde e à saúde sexual e reprodutiva e serviços de planejamento familiar, bem como são insultadas, ameaçadas ou sujeitas a ataques físicos. Muitas relataram que seus filhos (que não são necessariamente HIV positivos) foram forçados a abandonar a escola (CIPM; UNAIDS, 2009). Muitas vezes, esses grupos são marginalizados em virtude de sua orientação sexual, do uso de drogas, do trabalho sexual, de ser um detento, ou outras características de alto risco que os tornam vulneráveis. Por exemplo, a estreita relação entre tuberculose e HIV, muitas vezes chamada de co-epidemia, de tal modo que uma pessoa com HIV progride da infecção por tuberculose até a morte com mais frequência e rapidez do que aqueles que não estão infectados (HARRINGTON, 2010), torna urgente que a discriminação e as práticas discriminatórias sejam enfrentadas para a realização do ODM 6.

Como primeiro passo, seria importante desagregar os dados por gênero, grupos minoritários e classe social, e sua situação no contexto dos que correm mais risco de contrair o HIV, grupos vulneráveis como os homens-que-fazem-sexo-com-homens (HSH), transgêneros, usuários de drogas injetáveis (UDIs), profissionais do sexo e outros grupos de alto risco, tais como as pessoas com co-infecções (em especial a tuberculose). É importante reunir esse conhecimento para que materiais e informações para educação e comunicação possam ser desenvolvidos adequadamente para comunidades, legisladores e formuladores de políticas públicas. Em segundo lugar, deve ser feita uma análise e revisão da legislação vigente, para proteger pessoas que vivem com HIV ou correm o risco de contrai-lo, bem como outras doenças infecciosas, de discriminação, violência e difamação, e da falta do devido processo legal. As leis relacionadas ao HIV ou pessoas em risco de contrair HIV são altamente punitivas. Um relatório a ser divulgado na Conferência Internacional de Aids em Viena observa que 19 dos 48 países da região do Pacífico asiático criminalizam o sexo entre homens (APCOM, 2010). Com efeito, a legislação e a aplicação das leis que protegem os principais grupos vulneráveis estão muitas vezes em atraso em relação às políticas nacionais de HIV, comprometendo a eficácia dos programas. Um dos alvos centrais para o ODM 6 poderia incluir uma agenda para a reforma legal a fim de criar uma maior proteção contra a discriminação e revogar as leis, políticas e práticas punitivas.

Além disso, as mulheres e meninas – em consequência de normas de gênero prejudiciais no que diz respeito a expectativas sociais, estereótipos, falta de status e poder e carência de recursos – enfrentam com frequência discriminação e políticas discriminatórias que as tornam mais vulneráveis ao HIV. Muitas vezes, atitudes estruturais profundamente enraizadas colocam as mulheres e meninas sob maior risco de violência e elas têm de enfrentar a discriminação no trabalho, na educação, no casamento, na escolha reprodutiva, e na tomada de decisões sexuais. As mulheres que vivem com o HIV são frequentemente aconselhadas a evitar gravidez ou forçadas a interrompê-la, ou coagidas à esterilização forçada (ICW, 2009; NAÇÕES UNIDAS; BANCO MUNDIAL, 2009, p. 16). Além disso, trabalhadoras do sexo relataram que enfrentam ameaças de violência crescente de seus clientes por solicitar o uso de preservativos, e também de estupro por homens de uniforme, como a polícia local encarregada de protegê-las (HUMAN RIGHTS WATCH, 2003). Portanto, é necessário um foco em mulheres e meninas ao projetar metas e indicadores.

As desigualdades profundas de gênero representam um dos principais impulsionadores da epidemia de HIV e também contribuem para a elevada taxa de mortalidade materna, como observa um estudo recente publicado na revista *The Lancet* (HOGAN et al., 2010). Enfrentar a desigualdade de gênero é uma estratégia eficaz para reduzir o impacto e a transmissão do HIV e melhorar a situação das mulheres. O ODM 5 sobre a saúde materna pode estar associado ao HIV e há um benefício do tratamento mutuamente reforçador na redução da mortalidade materna, bem como no prolongamento da vida e na redução da transmissão. Na arena política, quando há mais mulheres envolvidas no processo, há benefícios maiores. Por exemplo, em Ruanda, onde as mulheres ocupam 56% dos assentos parlamentares, foi aprovada uma legislação para evitar a violência baseada no gênero, para reconhecer o direito das mulheres à herança, e conceder a elas o direito de trabalhar sem autorização do cônjuge (NAÇÕES UNIDAS, 2010b, p. 15).

Participação. Em um marco normativo baseado em direitos, a participação é essencial e necessária para a expressão da ação humana, fundamental para a autodeterminação, e permite que o indivíduo desafie a exclusão sociopolítica, econômica e outras, principalmente nas decisões e processos que afetam a saúde (YAMIN, 2009, p. 6). Em termos do ODM 6, participação implica não somente um envolvimento ativo das pessoas que vivem com HIV e das comunidades afetadas no estabelecimento da agenda e na tomada de decisões, mas também a contestação de hierarquias de poder nas comunidades e na sociedade em geral. Sarelín (SARELIN, 2007, p. 477) observa que “o processo de contestar e transformar as relações de poder e criar novas relações é frequentemente descrito como empoderamento ... [que] implica um processo participativo que envolve as pessoas na reflexão, investigação e ação ... [não só para] ampliar as oportunidades das pessoas, mas o empoderamento [também] no que diz respeito à possibilidade de reivindicar e realizar seus direitos humanos”. O envolvimento da sociedade civil na formulação e implementação dos ODMs tem sido limitado. Em nossa rede sobre preparação para o tratamento do HIV, a maioria dos grupos comunitários não tem idéia de como o processo dos ODMs funciona ou porque é importante. A iniciativa de Desenvolvimento do Milênio, embora altamente louvável, continua a exibir características de abordagem não-participativa

da programação do desenvolvimento em níveis nacionais, na qual as pessoas são vistas como alvos programáticos e receptoras passivas da ajuda internacional e de programas nacionais (SAITH, 2006). O que é necessário é uma mudança no pensamento sobre desenvolvimento para incluir a participação de indivíduos e comunidades desfavorecidas, grupos para os quais essas políticas são formuladas e que são os supostos beneficiários dos programas de desenvolvimento. Em termos de ODM 6, já existe o conceito de Maior Envolvimento das Pessoas Vivendo com Aids (GIPA) do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) que poderia ser trazido para o processo de formulação e implementação de políticas. Além disso, o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária (FGATM) tem em nível nacional mecanismos de coordenação para enfrentar essas doenças e, embora existam representantes da comunidade sobre nesse órgão, ele poderia considerar a inclusão de representantes dos direitos humanos, e também coordenar seus planos com a estratégia nacional dos ODMs.

Responsabilização. Enquanto os princípios da autonomia e da participação fazem parte da agenda do desenvolvimento, chama a atenção a ausência do princípio da responsabilização, que acrescenta valor a uma abordagem dos direitos humanos. Um marco baseado nos direitos exige responsabilização, na medida em que enfatiza as obrigações e requer que todos os titulares de deveres sejam responsabilizados por sua conduta. Se o sistema carece de um mecanismo de responsabilização, ele não passa de uma fachada. O marco dos direitos humanos não tinha em geral força executória e isso foi um problema. Em nível nacional, as pessoas têm usado o sistema judicial para ter acesso à saúde ou a medicamentos. Em 2004, uma pessoa HIV/Aids positiva apresentou uma ação de “Amparo” contra o Ministério da Saúde do Peru, solicitando assistência médica completa, inclusive o fornecimento permanente de medicamentos e exames periódicos, bem como CD4 e exames de carga viral. O petiçãoário alegava falta de recursos financeiros para encarar o elevado custo do tratamento. O tribunal aceitou a ação de “Amparo” e ordenou que as agências do governo cumprissem o artigo 8 da Lei 26.626, que estabelece que um Plano de Combate à Aids deveria ter prioridade no orçamento. Além disso, o tribunal destacou também que os direitos sociais são verdadeiras garantias de proteção dos cidadãos perante o Estado (a informação sobre este caso, juntamente com outros exemplos de casos jurídicos envolvendo HIV/Aids pode ser encontrado em www.escri-net.org). A Campanha de Ação para o Tratamento (TAC), com base na África do Sul, entrou com uma ação contra o ministro da Saúde, contestando a política do governo sul-africano de prevenção da transmissão de HIV de mãe para filho (PTMF) que limitou o fornecimento do medicamento Nevirapina, conhecido por impedir a transmissão, a um pequeno número de locais-piloto. Ao mesmo tempo em que a TAC dava andamento ao litígio, ela também lançava uma intensa campanha de mobilização pública sob a forma de manifestações, vigílias e marchas por todo o país. Ativistas, profissionais de saúde, e a mídia compareceram vestidos com camisetas que traziam a marca “HIV positivo” da TAC. Quando a sentença foi proferida, o povo já havia vencido a reivindicação ao medicamento essencial para a PTMF (citado em POTTS, 2007, p. 31).

Além dos mecanismos legais ou judiciais de responsabilização, há também vários meios não-judiciais, tais como ouvidorias, órgãos dos tratados da ONU, processos parlamentares, ou vigilantes (NAÇÕES UNIDAS, 2008b, p. 15). Além disso, há a

estratégia tradicional de “nomear e envergonhar” os responsáveis por violações dos direitos humanos. Mecanismos de monitoramento e avaliação também foram utilizados para determinar o desempenho do setor da saúde. Além disso, a sociedade civil tem exigido melhores serviços do Estado ou dos agentes privados. Potts (POTTS, 2007, p. 4-5) discute os mecanismos de responsabilização para o direito à saúde e observa que:

“A responsabilização no contexto do direito ao mais alto padrão possível de saúde é o processo que dá a indivíduos e comunidades uma oportunidade de entender como o governo cumpriu suas obrigações em relação à saúde. Do mesmo modo, dá ao governo a oportunidade de explicar o que tem feito e por que. Onde se cometeram erros, a responsabilização exige reparação. É um processo que ajuda a identificar o que funciona, para que possa ser repetido, e o que não funciona, para que possa ser revisto”.

No marco dos ODMs, os mecanismos de responsabilização são fracos, mas a coleta de provas de alvos e indicadores em relação a cada objetivo pode ser usada para outros propósitos além do monitoramento (FUKUDA-PARR, 2004, p. 394). Os indicadores de metas podem ser aplicados a uma estrutura de responsabilização que responsabilize o titular dos deveres, neste caso, o Estado e os doadores internacionais, responsáveis pelo cumprimento desses objetivos. O que não está claro é como (ou por meio de qual mecanismo) os cidadãos e comunidades nacionais podem responsabilizar o Estado e, por extensão, os países doadores pelo não cumprimento das metas dos ODMs ou pela regressão depois de ganhos obtidos. Ademais disso, deve-se determinar como os Estados e os cidadãos podem responsabilizar atores não-estatais dentro desse quadro. Apesar dessas deficiências, existem maneiras inovadoras para garantir algum grau de responsabilização. No momento, há mais de sessenta relatórios de nível nacional, e com base neles pode-se discernir e avaliar quais as políticas e instituições de saúde que estão funcionando e quais não estão, e o motivo disso, com o objetivo de melhorar a realização do direito à saúde para todos (NAÇÕES UNIDAS, 2004, p. 9). O Conselho de Direitos Humanos ou os organismos de tratado da ONU podem avaliar esses relatórios com os critérios de padrões mínimos de direitos humanos fundamentais. Relatores Especiais poderiam ser convidados para visitas a fim de monitorar a situação. Além disso, os órgãos ou cidadãos de vigilância do HIV/Aids poderiam ser envolvidos no monitoramento dos ODMs. Não obstante, a questão da responsabilização permaneceria em aberto, assim como o problema de definir o remédio ou recurso eficaz que deveria ser ativado em caso de violação ou incapacidade de cumprir as metas do Objetivo 6. A recente crise econômica global representa uma ameaça para o cumprimento dos ODMs, uma vez que já está afetando o aumento da prevenção e do tratamento do HIV, na medida em que os fundos dos doadores são cada vez mais escassos (NAÇÕES UNIDAS, WHO, 2009). A UNAIDS observa que as famílias podem sofrer um aumento da mortalidade e morbidade se as promessas da comunidade internacional de sustentar e aumentar o acesso aos antirretrovirais não forem cumpridas ou se os governos reduzirem gastos com Aids. Leves interrupções no acesso ao tratamento ou a não-admissão de novos pacientes no tratamento da Aids terão efeitos devastadores e onerosos que resultarão na perda desnecessária de vidas e contribuirão para a resistência aos antirretrovirais.

Os dois últimos itens desta seção abordam a importância do ODM 8 sobre parceria mundial e outros ODMs relacionados com o ODM 6.

Relação com outros ODMs. O ODM 6 está relacionado com outros ODMs, como vimos anteriormente, e esse relacionamento entre o ODM 6 e outros ODMs de saúde implica um reforço mútuo entre Objetivos. Estudos recentes publicados na *Lancet* demonstraram uma forte associação entre mortalidade materna, o ODM 5, e HIV (HOGAN et al., 2010). Ademais, Rajaratnam et al. (RAJARATNAM et al., 2010) demonstram um forte declínio na mortalidade de crianças, atribuindo-a à imunização, aos mosquiteiros tratados com inseticida contra a malária, ao tratamento de mulheres com HIV, evitando a transmissão vertical, e à disponibilização de drogas antirretrovirais. Além disso, a fome e a subnutrição, incluídas no Objetivo 1, estão fortemente ligadas ao ODM 6, em particular para aqueles com HIV e tuberculose. As pessoas que estão doentes precisam de uma nutrição melhor, e impedimentos no acesso a alimentos afetam a doença. Sarelin (SARELIN, 2007) observa a importância de um marco baseado em direitos no contexto do Maláui, um país com uma forte epidemia de HIV/Aids, com prevalência de 15 a 18% em adultos e com 81% da população classificada como agricultores de subsistência. Neste caso, o governo nacional, no marco dos direitos humanos, tomou medidas para proteger os mais desfavorecidos. Embora estejam surgindo na literatura, essas conexões feitas entre Objetivos não se refletem nas políticas relacionadas aos ODMs, que continuam a existir de forma independente uns dos outros em termos tanto de políticas quanto de estratégias.

Embora os ODMs relacionados à saúde não mencionem especificamente os sistemas de saúde, as sinergias entre a resposta a estes Objetivos e programas verticalmente iniciados e as políticas e estruturas mais amplas de saúde estão ficando claras. Em 2009, o Fundo Global solicitou propostas para o fortalecimento amplo dos sistemas de saúde. Além disso, os sistemas educacionais também precisarão de reforço e, em particular, ao que diz respeito ao ODM 3 sobre a igualdade de acesso à educação para as mulheres, os benefícios econômicos e questões de saúde sexual e reprodutiva. Os elaboradores de políticas públicas ou planejadores não estão fazendo as conexões, mutualmente reforçadoras, entre os oito ODMs, suas metas e seus indicadores.

ODM 8. O ODM 8, que apela a uma parceria global para o desenvolvimento, encontra forte eco no conceito de direitos humanos de assistência e cooperação internacionais. Embora os parâmetros do ODM 8 ainda não estejam traçados com clareza, é certo que este Objetivo é fundamental para as pessoas sem recursos em termos de realização de seu direito à saúde. Para o ODM 8, há uma lição a ser aprendida com a resposta global ao HIV que deu origem a parcerias pioneiras na área da saúde através da Declaração de Compromisso de 2001 e levou à criação do Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (FGATM), uma fonte de financiamento que abriu novos caminhos. O FGATM, apoiado pelos países do G8, prometeu doar US\$ 10 bilhões por ano, mas até agora só entregou cerca de US\$ 3 bilhões por ano (FUNDO GLOBAL, 2010a). Em março de 2010, esse Fundo estimou que precisava de US\$ 20 bilhões para três anos (2011-2013), a fim de cumprir os ODMs relacionados à saúde (FUNDO GLOBAL, 2010b), mas os doadores não estão dispostos a levantar nem a necessidade mínima de US\$ 13 bilhões para três anos, usando a crise econômica mundial como desculpa. No entanto, o FGATM surgiu como um canal eficaz para

o financiamento da saúde e seu investimento naquelas três doenças específicas pagou dividendos substanciais em termos de prevenção de mortes (FUNDO GLOBAL, 2010c). Outro exemplo interessante de parceria global é o financiamento para a UNIDAD pelo imposto sobre linhas aéreas internacionais, auxiliando o tratamento de HIV para mais de 226 mil crianças e fornecendo antirretrovirais de segunda linha para 59 mil pacientes em 25 países (NAÇÕES UNIDAS, 2010a, p. 17).

Os mecanismos de responsabilização em relação ao Objetivo 8 são especialmente fracos. Durante muito tempo, não houve metas e indicadores, e muito poucos países apresentam relatórios sobre o ODM 8. Alguns Estados desenvolvidos, como Holanda, Dinamarca e Suécia, publicaram relatórios sobre os progressos alcançados em direção ao Objetivo 8 e, embora seja um passo na direção certa, esse tipo de relatório não constitui uma forma adequada de responsabilização. A assistência oficial ao desenvolvimento aumentou para cerca de 0,3% da renda combinada dos países desenvolvidos, mas ela permanece bem abaixo da meta da ONU de 0,7% da renda nacional bruta (HISTORY..., 2002; FUKUDA-PARR, 2006, p. 966). Em 2008, os únicos países a alcançarem a meta da ONU foram Dinamarca, Luxemburgo, Holanda, Noruega e Suécia. Os mecanismos de responsabilização para todos os ODMs, e para o ODM 8 em particular, são de importância essencial. Caso contrário, os ODMs correm o risco de não passarem de mais uma tentativa fracassada de combate à pobreza. Infelizmente, a maneira como a história dos ODMs se desenrola confirma a percepção de longa data das nações em desenvolvimento de que os mecanismos de responsabilização são desequilibrados e aplicáveis somente a eles, enquanto os países desenvolvidos conseguem escapar de todas as medidas para responsabilizá-los quando não cumprem seus compromissos internacionais (NAÇÕES UNIDAS, 2009c).

3.3 Considerações adicionais

Cumprir uma obrigação central mínima e não retroceder são os outros dois conceitos-chave que fazem parte de um marco de saúde baseada nos direitos humanos. A Comissão dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no Comentário Geral 3, relativo à interpretação do artigo 2(1) do Pacto sobre realização progressiva, observa que existe uma obrigação mínima de proteger os grupos mais vulneráveis na sociedade, e há uma obrigação adicional do Estado de não retroceder nos progressos já feitos (NAÇÕES UNIDAS, 1990). Uma das principais metas do ODM 6 é o “acesso universal” ao tratamento do HIV. O compromisso com o acesso universal foi feito na Declaração Política de 2006 e estabeleceu um vínculo mutuamente reforçador com o ODM 6 (NAÇÕES UNIDAS, 2006a). Assim, qualquer desvio dessa meta é uma violação que precisa ser imediatamente resolvida pelo titular do dever (ou seja, o Estado e outras partes relacionadas). A jurisprudência sobre direitos humanos pode ajudar os profissionais e elaboradores de políticas no planejamento e na avaliação de iniciativas relacionadas com os ODMs de acordo com padrões de direitos humanos em nível nacional através de comissões especiais ou tribunais, ou de acordo com os mecanismos de informação dos países estabelecidos pelo Conselho de Direitos Humanos, criados não apenas para medir o progresso, mas também para fornecer soluções. O CDH talvez pudesse até convocar uma sessão especial nos próximos cinco anos.

O Escritório do Alto Comissariado para Direitos Humanos das Nações Unidas foi mais longe no seu pensamento e desenvolveu quatro indicadores explicitamente apontados como indicadores de direitos humanos para o ODM 6, a fim de determinar se os países adotaram as seguintes medidas: leis de proteção contra a discriminação das pessoas que vivem com HIV/Aids; leis de proteção contra a discriminação de grupos de pessoas identificadas como sendo “especialmente vulneráveis ao HIV/Aids”; políticas que garantam a igualdade de acesso para homens e mulheres à prevenção e assistência, com ênfase em “grupos vulneráveis”; e políticas que garantam que protocolos de pesquisa sobre HIV/Aids sejam analisados e aprovados por um comitê de ética. Além disso, a perspectiva de gênero deve ser integrada ao Objetivo 6, a suas metas e a seus indicadores, e questões de discriminação e exclusão, em particular com relação aos principais grupos vulneráveis, devem ser enfrentadas imediatamente, assegurando que os indicadores existentes sejam sensíveis à perspectiva de direitos. Embora de amplo alcance, esses indicadores apresentam limitações. Por exemplo, eles medem se existem ou não as políticas, e não tentam examinar a qualidade ou o grau de sua implementação.

A questão fundamental permanece: os países que formularam os ODMs e que se reunirão em setembro de 2010 em Nova York, na Reunião Plenária de Alto Nível das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio,¹¹ com o objetivo de levar a estratégias concretas de ação, incorporarão os direitos humanos em seu plano de ação para os cinco anos restantes?

4 Conclusão

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio têm consequências claramente comunicáveis. Eles são ideologicamente neutros e baseados em resultados. Eles estabelecem uma visão estratégica para as Nações Unidas de combate à pobreza e oferecem a oportunidade de cumprir as promessas feitas em uma série de conferências mundiais sobre meio ambiente, nutrição, mulheres, população e desenvolvimento social nas últimas três décadas. Os ODMs também proporcionam o veículo para reunir muitas agências das Nações Unidas, bem como o Banco Mundial, sob uma bandeira única, possibilitam que os governos priorizem as políticas de desenvolvimento nacional para proteger as pessoas mais vulneráveis da sociedade e propiciam um meio para canalizar a ajuda internacional ao setor social, com uma avaliação de seu impacto. Embora esta seja a visão do lado bom dos ODMs, a realidade, dez anos depois de seu lançamento, é contraditória (NAÇÕES UNIDAS, 2009a). Além disso, o *Global Monitoring Report* co-publicado pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional observa que, com a recente crise financeira, a situação irá agravar-se, e 53 milhões de pessoas a mais cairão na extrema pobreza, principalmente na África subsaariana, um continente que já está longe de atingir os ODMs. Os autores destacam que a recessão global, combinada com a crise de alimentação e combustível de 2008, terá um impacto negativo e duradouro sobre indicadores cruciais de desenvolvimento humano e, a menos que sejam redobrados os esforços internacionais para mitigar os efeitos negativos, é provável que muitos países, em especial os com maior necessidade, não conseguirão obter progressos significativos no cumprimento dos ODMs (BANCO MUNDIAL, 2010).

Houve um avanço modesto no sentido de alcançar o ODM 6, em grande parte na área da tuberculose e da malária (NAÇÕES UNIDAS, 2009a, p. 32). No que se refere à tuberculose, um diagnóstico melhor da doença ajudou a colocar as pessoas em tratamento precoce, mas a incidência de novos casos continua a aumentar; a tuberculose resistente a múltiplos medicamentos representa um enorme desafio e a co-infecção de tuberculose com HIV tem levado à morte precoce. No que diz respeito à malária, houve um bom progresso devido ao crescimento no uso de mosquiteiros. Quanto ao HIV/Aids, o progresso tem sido insuficiente para cumprir os objetivos em todas as regiões. O número de pessoas infectadas com o HIV atingiu um pico em 1996 e desde então caiu para 2,7 milhões em 2007, mas as taxas de infecção continuam a aumentar na Europa Oriental e na Ásia Central, onde o número de pessoas que vivem com HIV dobrou para 1,6 milhões num período de seis anos a partir de 2001 (NAÇÕES UNIDAS; BANCO MUNDIAL, 2009, p. 48). O continente africano, em particular a África do Sul, continua a ser o mais afetado, com um terço das novas infecções pelo HIV e 38% das mortes por Aids. As desigualdades de gênero continuam a colocar as mulheres em maior risco de infecção e morte. Elas representam 60% dos infectados na África subsaariana e mais de metade da população que vive com HIV no mundo. Os órfãos da Aids, especificamente mencionados na Declaração do Milênio e nem sequer incluídos nos ODMs, continuam a representar um enorme desafio para as famílias, comunidades e Estados. Muitas das crianças afetadas pela Aids enfrentam discriminação e morte precoce, causando um impacto negativo sobre os outros ODMs, como o ODM 2 sobre educação e o ODM 4 sobre mortalidade infantil. Na África subsaariana, menos de um terço dos homens jovens e pouco mais de um quinto das mulheres jovens demonstraram um conhecimento abrangente e correto do HIV (NAÇÕES UNIDAS, 2007a, p. 20). O uso de antirretrovirais (ARVs) nos últimos cinco anos resultou em um declínio imenso da quantidade de mortes por Aids. Embora um número estimado em quatro milhões de pessoas esteja tomando ARVs, aproximadamente 10-12 milhões de pessoas têm necessidade de tratamento (cerca de 69% cento das pessoas que precisam de tratamento não têm acesso aos medicamentos necessários). Um novo estudo do Projeto de Monitoramento do Tratamento e *Advocacy* informa que fundos de doadores importantes, como o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da Aids e o Fundo Global, estão secando, resultando em cortes nos fundos nacionais e na disponibilidade de programas de tratamento e prevenção em países em desenvolvimento (ITPC, 2010). A protelação da reação à Aids causará um impacto não apenas no ODM 6, mas também em todos os ODMs a ele relacionados, e também afetará a construção de sistemas de saúde mais fortes.

Em *Pathologies of Power*, Farmer sustenta que as desigualdades sociais brutais que assolam as comunidades e os países criam um padrão ruim de saúde e incapacidade e também limitam a capacidade das pessoas de participar plenamente na sociedade (FARMER, 2008). A saúde não é apenas um reflexo da biologia de uma pessoa ou de fatores comportamentais, mas está também contextualizada dentro da sociedade e das normas e relações de poder predominantes. Doenças como o HIV/Aids ou a tuberculose têm uma camada adicional de discriminação e estigma que faz com que os indivíduos e grupos percebidos como doentes sejam ainda mais vulneráveis; em outras

palavras, viver com HIV ou ter tuberculose é em si mesmo um fator importante de vulnerabilidade na sociedade. Portanto, uma resposta com base nos direitos humanos e a inclusão no quadro dos ODMs é não somente essencial, mas também eticamente necessária. O marco dos direitos humanos leva em conta um padrão global, mas dá espaço para as particularidades do Estado através da *realização progressiva conforme o máximo de recursos disponíveis*. Ele também não permite retrocessos em conquistas. Por fim, ele não livra países de renda alta – ou média – de responsabilidade no que diz respeito à obrigação para com uma parceria global. A agenda dos ODMs está novamente no centro do palco, e a menos que se aproveite essa oportunidade para mudar a direção deles no sentido de uma abordagem mais matizada, como a dos direitos humanos, o mundo continuará em sua trajetória de combater a pobreza de uma maneira bastante *ad hoc*, sem quaisquer fundamentos morais e normativos.

REFERÊNCIAS

Bibliografia e outras fontes

- ALSTON, P. 2005. Ships passing in the night: the current state of human rights and development debate seen through the lens of the millennium development goals. **Human Rights Quarterly**, Maryland, v. 27, n.º. 3, p. 755-829.
- BANCO MUNDIAL. 2010. **The MDGs after the Crisis**. Global Monitoring Report 2010. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2010/Resources/6911301-1271698910928/GMR2010WEB.pdf>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- BRENTLINGER, P. 2006. Health, human rights, and malaria control: historical background and current challenges. **Health and Human Rights**, v. 9, n.º. 2, p. 10-38.
- CENTRO INTERNACIONAL DE PESQUISAS SOBRE MULHERES (ICRW); UNAIDS. 2009. **HIV-related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature**. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- COALIZÃO DA ÁSIA E DO PACÍFICO SOBRE SAÚDE SEXUAL MASCULINA (APCOM); PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). 2010. **Legal environments, human rights, and resource concerns among men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region**. Disponível em: <<http://www.msmasia.org/>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- COALIZÃO INTERNACIONAL DE PREPARAÇÃO PARA O TRATAMENTO (ITPC). 2010. Treatment, Monitoring, and Advocacy Project. **Rationing Funds, Risking Lives: World Backtracks on HIV treatment**. Disponível em: <http://www.itpcglobal.org/images/stories/doc/ITPC_MTT8_FINAL.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.

- COMUNIDADE INTERNACIONAL DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS (ICW). 2009. **The Forced and Coerced Sterilization of Positive Women in Namibia**. Disponível em: <www.icw.org/.../The%20forced%20and%20coerced%20sterilization%20of%20HIV>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- CRAVEN, M. 1995. **The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development**. Londres: Clarendon Press.
- FARMER, P. 2008. **Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor**. Los Angeles: University of California Press.
- FUKUDA-PARR, S. 2004. Millennium Development Goals: Why They Matter. **Global Governance**, v. 10, nº. 4, p. 359-402.
- _____. 2006. Millennium Development Goal 8 for International Human Rights Obligation. **Human Rights Quarterly**, Maryland, v. 28, nº. 4, p. 966-997.
- FUNDO GLOBAL. 2010a. **Elimination of HIV Transmission from Mother to Child by 2015 Within Reach**. Press Release, Mar. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/en/pressreleases/?pr=pr_100308>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2010b. **By 2015 We Can**. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Global_Fund_Achieving_by_2015_en.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2010c. **Progress Report 2010: The Global Fund 2010: Innovation and Impact**. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org/en/publications/progressreports/2010/>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- GRUSKIN, S.; MILLS, E.J.; TARANTOLA, D. 2007. History, principles, and practices of health and human rights. **The Lancet**, v. 370, nº. 9583, p. 449-455.
- HARRINGTON, M. 2010. From HIV to Tuberculosis and Back Again: A Tale of Activism in 2 Pandemics. **Clinical Infectious Diseases**, v. 50, suppl. 3, p. 260-266.
- HISTORY of the 0.7% ODA Target. 2002. **DAC Journal**, v. 3, nº. 4, p. III-9-III-11. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/16/38/45539274.pdf>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- HOGAN, M.C. et al. 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **The Lancet**, v. 375, nº. 9726, p. 1609-1623.
- HORN, T. 2010. Global Survey: Stigma, Isolation, and Discrimination Still Pervasive. **POZ**, 28 de julho. Disponível em: <http://www.poz.com/articles/hiv_stigma_discrimination_761_18850.shtml>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- HULME, D. 2009. **The millennium development goals (MDGs): A short history of the world's biggest promise**. Manchester, Brooks World Poverty Institute. Working Paper. Disponível em: <<http://www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-10009.pdf>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- HUMAN RIGHTS WATCH. 2003. **Ravaging the Vulnerable: Abuses Against Persons at High Risk of HIV Infection in Bangladesh**. Nova York, Human Rights Watch, v. 15, nº. 6(C), p. 1-51.
- KINNEY, E.; CLARK, B. 2004. Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world. **Cornell International Law Journal**, v. 37, p. 283-355.

- MANN, J; TARANTOLA, D. 1998. Responding To HIV/AIDS: A Historical Perspective. **Health and Human Rights**, v. 2, nº. 4, p. 5-8.
- NAÇÕES UNIDAS. 1966. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**, UN Doc. GA Res 2200A (XXI) 16 dez. 1966. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 1990. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). **General Comment 3**. The nature of State parties obligations. Fifth Session. Disponível em: <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 1997. **Renewing the United Nations: A Program for Reform**, Report of the Secretary General, UN DOC. A/51/1950.
- _____. 2000a. United Nations Development Programme (UNDP). **Human Development Report 2000: Human Rights and Human Development**. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2000b. **"We the Peoples": The Role of the UN in the 21st Century**. Millennium Report of the Secretary-General of the United Nations, UN DOC. A/54/2000.
- _____. 2000c. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). **General Comment 14**. The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/C.12/2000/4. 11 de agosto, 2000.
- _____. 2001. United Nations General Assembly Resolution. **Declaration of Commitment on HIV AIDS**, UNGA RES. S-26/L.2. 27 de junho.
- _____. 2004. **The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health**, Report of the Secretary General, UN DOC. A/49/422. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/543/38/PDF/N0454338.pdf?OpenElement>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2005. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **The United Nations Human Rights Treaty System: An introduction to the core human rights treaties and the treaty bodies**. Fact Sheet, nº. 30, June. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/FactSheets.aspx>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2006a. United Nations General Assembly Resolution. **Political Declaration of on HIV AIDS**, UNGA RES. 60/262. Junho.
- _____. 2006b. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights**. Genebra.
- _____. 2007a. **The Millennium Development Goals Report**. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2007b. United Nations Development Programme (UNDP). **Human rights and the millennium development goals: making the link**. Disponível em: <<http://hurilink.org/Primer-HR-MDGs.pdf>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2008a. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **The**

- Right to Health.** Fact Sheet, nº. 31, junho. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/FactSheets.aspx>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2008b. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **Claiming the millennium development goals: a human rights approach.** Genebra, p. 1-52.
- _____. 2009a. **The Millennium Development Goals Report.** Nova York. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2009b. **The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health,** Report of the Secretary General, UN DOC. A/64/272. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf?OpenElement>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2009c. Second Committee. **Panel discussion on Achieving the MDGs by 2015: Preparing for the 2010 UN MDG Summit.** 12 de out. 2009. 64th General Assembly. Disponível em: <<http://www.un.org/ga/second/64/mdgs.pdf>>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2009d. Human Rights Council. **The protection of human rights in the context of the human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS),** UN DOC. A/HRC/RES/12/27. 22 de out. 2009. 12^a. sessão.
- _____. 2010a. **Keeping the Promise: A forward-looking review to promote an agreed action agenda to achieve MDGs by 2015.** Report of the Secretary General, UN DOC. A/64/665. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/64/665>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2010b. **Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS.** Report of the Secretary-General, UN DOC. A/64/735.
- NAÇÕES UNIDAS; BANCO MUNDIAL. 2009. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Global Economic Crisis and HIV Prevention Treatment Programmes: vulnerabilities and impact.** Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/Report/2010/economiccrisisandhivandaids61_en.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- NELSON, P. J. 2007. Human Rights, the millennium development goals, and the future of development cooperation. **World Development**, v. 35, nº. 12, p. 2041-2055.
- NORMAND, R.; ZAIDI, S. 2008. **Human Rights at the UN: The Political History of Universal Justice.** Bloomington: Indiana University Press.
- POTTS, H. 2007. Responsabilização and the Right to the Highest Standard of Health. University of Essex. Disponível em: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/csgr/events/conferences/2007/hiv aids/papers/hrc_responsabilização_mar08.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- RAJARATNAM, J.K. et al. 2010. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **The Lancet**, v. 375, nº. 9730, p. 1988-2008, 24 de maio.
- SAITH, A. 2006. From universal values to millennium development goals: lost in translation. **Development and Change**, v. 37, nº. 6, p. 1167-1199.

- SARELIN, A.L. 2007. Human rights-based approaches to development cooperation, HIV/AIDS, and food security. *Human Rights Quarterly*, v. 29, p. 460-488.
- SHUE, H. 1980. **Basic Rights: Subsistence, Affluence and U.S. Foreign Policy**. Princeton: Princeton University Press.
- STEINER, H.; ALSTON, P.; GOODMAN, R. 2007. **International Human Rights in Context: Law, Politics, and Morals**. 3ª. ed. Oxford: Oxford University Press.
- TOEBES, B.C.A. 1999. **The Right to Health as a Human Right in International Law**. Antuérpia: Intersentia-Haart.
- UNITED NATIONS; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2000. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) **AIDS epidemic update: December 2000**. Genebra. Disponível em: <http://www.aegis.com/files/unaidswaddecember2000_epidemic_report.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- _____. 2009. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS epidemic update: November 2009**. Genebra. Disponível em: <http://data.unaids.org/80/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf>. Último acesso em: 18 de maio, 2010.
- YAMIN, A.E. 2009. Suffering and powerlessness: The significance of promoting participation in rights-based approaches to health. *Health and Human Rights*, v. 11, nº. 1, p. 5-22.

NOTAS

1. Hulme (2009) discute em detalhes a história da formulação dos ODMs em seu trabalho. Ele observa que as agências de desenvolvimento externo dos países ricos queriam fazer uma lista impositiva de metas concretas de desenvolvimento que pudesse ser utilizada para reduzir a pobreza e demonstrar a eficácia da ajuda externa aos países em desenvolvimento. Os grandes atores da conceituação dos ODMs foram Estados Unidos, Reino Unido, Japão, União Europeia, Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e ONU.
2. Excluí propositalmente uma referência aos direitos culturais, pois é sob essa categoria que muitos Estados pediram reservas no que diz respeito a certos direitos expressos em tratados internacionais.
3. Existem atualmente nove tratados internacionais e, além dos mencionados acima, há a Convenção sobre Tortura, a Convenção sobre Proteção de todas as Formas de Discriminação contra Trabalhadores Migrantes e suas Famílias, a Convenção sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra Desaparecimentos Forçados e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (os textos de todos os tratados estão disponíveis em <http://www2.ohchr.org/english/law/index.htm>).
4. O reconhecimento da saúde como um direito humano é atribuído ao presidente Franklin D. Roosevelt em seu Discurso das Quatro Liberdades, no qual declara que a terceira liberdade, a da privação, "garantirá a todas as nações uma vida saudável e em paz para seus habitantes" (ROOSEVELT, 1941, Four Freedoms Speech).
5. O Artigo 25 (1) da Declaração Universal dos Direitos Humanos declara: "Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle" (DUDH, 1948).
6. O Artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais declara:
 - "1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
 2. As medidas que os Estados partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

a) a diminuição da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

O Artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança afirma: "1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes enviarão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança se veja privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários. 2. Os Estados Partes garantirão a plena aplicação desse direito e, em especial, adotarão as medidas apropriadas com vistas a: a) reduzir a mortalidade infantil; b) assegurar a prestação de assistência médica e cuidados sanitários necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados básicos de saúde; c) combater as doenças e a desnutrição dentro do contexto dos cuidados básicos de saúde mediante, *inter alia*, a aplicação de tecnologia disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental; d) assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal; e) assegurar que todos os setores da sociedade, e em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene e do saneamento ambiental e das medidas de prevenção de acidentes, e tenham acesso à educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos; f) desenvolver a assistência médica preventiva, a orientação aos pais e a educação e serviços de planejamento familiar. 3. Os Estados Partes adotarão todas as medidas eficazes e adequadas para abolir práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança. 4. Os Estados Partes se comprometem a promover e incentivar a cooperação internacional com vistas a lograr, progressivamente, a plena efetivação do direito reconhecido no presente Artigo. "Nesse sentido, será dada atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento."

7. Para uma referência completa ao trabalho dos dois Relatores Especiais até agora ver informação disponibilizada pela Federação Internacional das Organizações de Saúde e Direitos Humanos em <<http://www.ifhhro.org/main.php?op=text&id=27>>.

8. Os cinco indicadores para HIV/Aids têm por foco

(1) a prevalência do HIV na população entre 15 e 24 anos; (2) o uso de camisinha na última relação sexual de alto risco; (3) a proporção da população de 15-24 anos com conhecimento correto e abrangente sobre HIV/Aids; (4) a razão entre frequência escolar de órfãos e de não-órfãos de 10-14 anos; e (5) a proporção da população com infecção avançada por HIV com acesso a drogas antirretrovirais. Além disso, há quatro indicadores para reverter a incidência da malária e outras doenças importantes, a saber: (6) a incidência e a taxa de mortalidade associada à malária; (7) a proporção de crianças com menos de cinco anos que dormem protegidas com mosquiteiros tratados com inseticidas; (8) a proporção de crianças com menos de cinco anos com febre que são tratadas com medicamentos apropriados contra a malária; (9) a incidência, a prevalência e as taxas de mortalidade associadas à tuberculose; (10) a proporção de casos de tuberculose detectados e curados sob tratamento de curso rápido diretamente observado (DOTS). A lista completa revisada está disponível no site da DAC em <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.asp?Content=Indicators/OfficialList.htm>>.

9. Vários recursos podem ser encontrados no site da revista *Health and Human Rights* disponível em <<http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr>>. Além disso, o Escritório do Alto Comissariado e a Organização Mundial da Saúde publicaram informacoe sobre o direito à saúde disponível em <http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf>. A Escola de Saúde Pública de Harvard tem um manual curto sobre o tema que está em <http://www.hsph.harvard.edu/pihhr/files/homepage/program_resources/HIVHR_nutshell-english.pdf>.

10. O princípio de não-discriminação, baseado no reconhecimento da igualdade de todas as pessoas, está consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros instrumentos. Esses textos proíbem a discriminação baseada em raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Em 1996, a Comissão de Direitos Humanos incluiu o HIV/Aids na "qualquer outra condição" e declarou proibida a discriminação baseada na presença real ou presumida do HIV. Embora o termo "estigma" não apareça em qualquer tratado internacional, os órgãos do Tratado dos Direitos Humanos da ONU reconhecem a ligação entre estigma e discriminação no contexto do HIV.

11. A Reunião Plenária de Alto Nível sobre os ODMs ocorrerá entre 20-22 de setembro na sede da ONU, em Nova York. Seu objetivo principal é acelerar o progresso na direção dos ODMs. Informações sobre a reunião estão disponíveis em <<http://www.un.org/en/mdg/summit2010/>>.

ABSTRACT

The MDGs are the world's biggest promise on how to reduce global poverty and human deprivation. Formulated as goals to be implemented at national level and based on result-oriented outcomes, they appear devoid of all human rights commitments. This paper explores how MDGs fit into an international law framework, and how MDG 6 on combating HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis can be integrated into the right to health. The discussion determines whether the MDG 6 can be re-cast or readjusted to foster real participation, non-discrimination as well as equality, accountability, and access to health. Can the leading proponents from both sides chart a new route that could integrate rights and anti-poverty strategy through the MDGs?

KEYWORDS

Human rights – Health – MDGs

RESUMEN

Los ODM son la mayor promesa mundial para reducir la pobreza en el mundo y las privaciones de los seres humanos. Formulados como metas nacionales y con un enfoque basado en los resultados, parecen carecer de todo compromiso con los derechos humanos. El presente artículo explora de qué modo los ODM cuadran dentro del marco del derecho internacional y cómo el ODM 6 sobre la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis puede integrarse al derecho a la salud. El artículo analiza si el ODM 6 puede ser reformulado o adaptado para promover una participación real, la no discriminación y la igualdad, la rendición de cuentas y el acceso a la salud. ¿Pueden los principales propulsores de ambas partes –derechos humanos y los ODM– trazar un nuevo camino que pueda integrar los derechos y la estrategia contra la pobreza a todos los ODM?

PALABRAS CLAVE

Derechos humanos – Salud – Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs)